

DUE MATERIALI INTEGRATIVI ALL'INTERVENTO DI MAURIZIO MOTTA DEL 27/4/2022

I due materiali che qui si rendono disponibili sono finalizzati ad approfondire snodi e proposte che l'intervento non ha avuto modo di sviluppare in modo adeguato. Per comodità di utilizzo le due note sono esposte in questo file, una dopo l'altra:

- 1) Una nota che espone le diverse motivazioni che rendono necessario prevedere un più consistente ruolo del SSN, anche finanziario, nell'assistenza domiciliare di tutela negli atti della vita quotidiana per disabili e non autosufficienti.....a pagina 1
- 2) Una nota che descrive le molte diverse criticità se si ricava dal solo valore finale dell'ISEE l'importo della contribuzione a carico del cittadino, oppure di una erogazione a suo favore.....a pagina 7

Inoltre si suggerisce di esaminare il seguente articolo in www.welforum.it, nonché la proposta di riforma organica che si può scaricare dall'articolo.

<https://welforum.it/riforme-per-la-non-autosufficienza-e-la-disabilita-una-proposta-articolata/?highlight=mo>

Questa proposta di riforma presentata prova infatti a mettere a fuoco sia criticità sia possibili specifici dispositivi normativi da adottare per superarle, con riferimento a molti diversi ingredienti di un sistema di cure da perfezionare, in particolare i seguenti:

- Denominazione della legge: Il sistema delle cure per la non autosufficienza
- Oggetto, obiettivi, definizioni
- L'accesso al sistema delle cure sociosanitarie e la valutazione del bisogno
- Il piano di intervento individuale e il budget di cura
- La contribuzione dei cittadini ai costi degli interventi
- Ricomposizione di sistemi di offerta
- L'assistenza domiciliare
- I servizi semiresidenziali a frequenza diurna
- I servizi residenziali e forme abitative protette
- La continuità e la filiera delle cure
- Progetti per la vita indipendente di disabili adulti
- Livelli essenziali di assistenza
- Strutture sanitarie residenziali non ospedaliere
- Protesi e ausili
- La medicina generale
- Barriere architettoniche e mobilità'
- Rappresentanza delle persone non autosufficienti
- Formazione degli operatori
- Informazioni e trasparenza
- Il sistema informativo
- Strumenti di governo e monitoraggio del sistema delle cure
- Risorse finanziarie

Per quali ragioni è utile che il Servizio Sanitario Nazionale assuma più precisa competenza (anche di spesa) negli interventi di assistenza domiciliare tutelare dei non autosufficienti. (Maurizio Motta, aprile 2022)

Da sempre ci sono nel sistema sanitario sia professioni sia servizi, che di non autosufficienza e disabilità si occupano. Ma il tema richiede approfondimenti se si discute degli interventi per la tutela di chi non è autosufficiente nelle funzioni della vita quotidiana:

per la cura di sé (lavarsi, vestirsi, nutrirsi, usare il bagno, muoversi in casa e fuori) e per la cura dell'ambiente (il letto, il bagno, l'abitazione). Non quindi degli interventi di natura esclusivamente sanitaria (attività infermieristiche, mediche, ausili), né solo di assistenza sociale (come il sostegno del reddito).

E' persino banale ricordare che senza questi supporti, quando la persona non è autonoma, è inutile anche una consistente assistenza sanitaria al domicilio. Ed altrettanto banale è ricordare come la crescita di persone (prevalentemente anziane) con questi bisogni mette in crisi le risposte del welfare, e produce sofferenze nelle famiglie che hanno ormai raggiunto livelli insostenibili.

Dunque è necessario discutere di un ruolo del SSN non solo nel costruire interventi/percorsi coordinati con altri servizi (come quelli socioassistenziali), ma nell'assumere meglio titolarità primaria della competenza nella tutela dei non autosufficienti, nonché dei conseguenti impegni di spesa. Sono infatti sul punto presenti due concezioni diverse:

- Chi sostiene che gli interventi di tutela richiamati all'inizio devono essere di competenza esclusiva del comparto socioassistenziale, e non del servizio sanitario, perché quest'ultimo deve limitarsi a interventi con operatori e strumenti di profilo tecnico sanitario. Per tradurre questa tesi in una espressione un po' rozza ma efficace "non deve essere il SSN a pagare le badanti".
- E chi sostiene invece che i bisogni descritti all'inizio sono connessi a problemi di salute (il che peraltro è evidente) e dunque il SSN non può eludere una sua competenza ad occuparsi di tutte le modalità di intervento che "producono salute" ed evitano aggravamenti.

La prima tesi pare essere quella prevista anche in diverse proposte connesse al PNRR (come la legge delega sulla disabilità e alcune ipotesi per quella sulla non autosufficienza per gli anziani) Invece a chi scrive la seconda tesi pare più corretta per molte ragioni; proviamo ad esporne alcune, tenendo conto che il punto centrale consiste nel fatto che nel SSN dovrebbe essere come LEA (e dunque come ordinaria competenza di spesa) una parte dell'assistenza al domicilio di tutela negli atti della vita quotidiana.

1) Una prima ragione è che da tempo già accade che il SSN impegni sue risorse anche finanziarie (e proprio come LEA) in interventi di tutela che non consistono solo in azioni di operatori sanitari professionali:

1.1) I LEA (e sin dal 2001) già prevedono l'inserimento in strutture residenziali di disabili e anziani non autosufficienti con metà del costo a carico del SSN; costo che copre non solo le spese di professioni o atti sanitari ma, appunto, tutte le prestazioni di tutela nella vita in RSA (dai pasti alle pulizie). Dunque perché non deve accadere lo stesso nell'assistenza domiciliare (che tra l'altro costa allo stesso SSN molto meno di un posto in RSA), analogamente prevedendo che l'assistenza di tutela sia in parte a carico del SSN? Il fatto che il SSN, come accade oggi, impegni sue risorse solo per coprire parte della retta in RSA e nulla se la stessa persona è tutelata a casa, di fatto significa che il SSN incentiva il ricovero e non l'assistenza domiciliare, smentendo nei fatti gli obiettivi di priorità alla domiciliarità, che lo stesso PNRR ripropone

1.2) Inoltre, e da molto tempo, vi sono altre spese del SSN per funzioni di tutela non consistenti in attività sanitarie o di professioni sanitarie: gli stessi LEA prevedono il rimborso delle spese di trasporto ai centri dialisi per i nefropatici cronici (art. 55 del dPCM n° 15/2017). E vi sono servizi psichiatrici che erogano anche sostegni monetari ai pazienti entro il loro progetto terapeutico, o sostegni domiciliari come quelli citati. Quindi già vi sono importanti interventi nei quali intervento e spesa del SSN riguardano "tutti i modi per fare salute", e non solo gli "atti sanitari".

2) Una seconda ragione è che è più efficace. Vi sono esperienze (purtroppo pochissime) dove l'assistenza domiciliare per non autosufficienti opera con questo meccanismo: la valutazione in UVG identifica un bisogno assistenziale che è abbinato ad un massimale di spesa, il quale contiene risorse sia sanitarie che sociali (inclusa la contribuzione del cittadino), cioè un "budget di cura" che può essere trasformato nell'intervento domiciliare che è più adatto alla persona in quel momento: assegno di cura col quale la famiglia può assumere un'assistente familiare, buono servizio per ricevere un mix di prestazioni da fornitori accreditati, contributo alla famiglia che assiste da sé, affidamento a terzi, e altro. E dove il budget di cura per la tutela domiciliare è composto anche di una quota del SSN (ad esempio in Torino e in un'altra ASL, col concorso finanziario ASL negli interventi domiciliari) l'offerta ai non autosufficienti diventa più consistente. Garantire a un non autosufficiente poche ore settimanali di OSS al domicilio serve ad evitare il ricovero solo per le famiglie che possono aumentare (e di molto) queste ore con proprie risorse, ed è inutile per le altre con meno risorse proprie. Sarebbe una riforma ben crudele verso i poveri

Le due concezioni esposte all'inizio sul ruolo del SSN contrappongono dunque due possibili meccanismi:

- una offerta spezzata in competenze del SSN (con poche ore settimanali solo di operatori professionali, come gli OSS) e in competenze dei comuni (col rischio di poche ore di assistenti familiari); ma con l'effetto di essere utile solo alle famiglie che da sole possono pagarsi altre ore di assistenza.
- Oppure una ricomposizione di tutte le risorse (del SSN, dei comuni, delle famiglie) in un budget col quale si attiva ciò che serve in quel momento per i supporti nella vita quotidiana, che consista anche (ove opportuno) in molte ore di assistente familiare.

Peraltro un intervento di tutela al domicilio dipende da condizioni (del paziente, della famiglia, del contesto) difficilmente predefinibili, e che mutano. Dunque non è efficace poter erogare soltanto prestazioni che siano a priori già catalogate, ma occorre adattarle alla situazione. Senza che solo ad alcuni interventi (come le ore di OSS) si assegni a priori "dignità ed efficacia" sociosanitaria: familiari e assistenti familiari possono avere altrettanta efficacia, purché in un progetto appropriato e monitorato, con le eventuali necessarie azioni di altri professionisti.

3) Una terza motivazione è che il ruolo del SSN proposto genera un sistema più efficiente: il SSN oggi spende circa 150 euro al giorno per un posto in case di cura post ospedaliere (per 60 giorni); per degenze spesso inappropriate, "posteggi" in attesa di un posto in RSA o in assistenza domiciliare. E il SSN spende intorno ai 40 euro al giorno per la parte sanitaria della retta in RSA (il 50% del costo totale). Con spesa minore potrebbe coprire il 50% del costo di una robusta assistenza domiciliare tutelare. Non sarebbe un significativo risparmio interno allo stesso SSN?

4) Una quarta motivazione è la ragionevolezza, che non è mero "buon senso" ma anche un criterio costituzionale al quale devono uniformarsi i sistemi pubblici. Poiché discutiamo di "diritto all'assistenza", il diritto non può che consistere nel ricevere tutto ciò che genera tutela, indipendentemente sia dal tipo di operatori coinvolti (infermieri, OSS, assistenti familiari) sia dalla forma degli interventi (operatori pubblici, assunzione di badanti con contributo pubblico, lavoro di cura dei familiari, buono servizio per ricevere assistenti familiari da fornitori terzi). La ragionevolezza impone che il nucleo fondamentale del diritto alla salute da garantire sia "il vivere al meglio tutelati", e non solo "ricevere ore di infermiere o di OSS". Inoltre assumere che devono essere LEA (e quindi a carico del SSN) solo le prestazioni svolte da OSS, è illogico considerando che il costo orario

dell'O.S.S. è notevolmente superiore a quello dell'assistente familiare. E' ragionevole che il SSN contribuisca solo con l'operatore più costoso?

5) Una quinta ragione è di evitare assurde e inappropriate differenziazioni ed iniquità di offerta:

5.1) Il meccanismo che conduce a determinare le risorse da impegnare nell'assistenza, compresa la contribuzione dell'utente (tema molto delicato che meriterebbe riflessioni) deve essere identico per l'assistenza domiciliare o l'inserimento in RSA: la scelta tra i due setting di cura deve derivare solo da ragioni di appropriatezza e dai desideri della persona, e non deve essere influenzata in alcun modo da convenienze economiche, né per la famiglia né per le Amministrazioni.

5.2) La stessa persona disabile/non autosufficiente deve ricevere lo stesso volume di tutela (e di impegno del welfare, SSN incluso) qualunque sia il setting di cura nel quale vive, in struttura residenziale o al domicilio

5.3) La sentenza della Cassazione n° 21528 del 2021 (Civile) ha previsto che quando una RSA ricovera un non autosufficiente che necessita di un piano personalizzato di assistenza, l'intera retta debba essere solo a carico del SSN. Sul tema non è la prima e certo non sarà l'ultima sentenza. Dunque come è possibile sostenere che per persone non autosufficienti con patologie tutto il costo del ricovero in RSA (ossia anche della tutela negli atti della vita quotidiana) sia solo a carico del SSN, mentre se sono assistite a casa nemmeno il 50% è a carico del SSN?

6) Una sesta ragione riguarda il concetto di tutela della salute che desideriamo. I non autosufficienti sono tali perché malati o con esiti di patologie. Dunque è un'area di problemi sulla quale dovrebbe essere chiara la titolarità primaria del SSN, anche nella spesa e nel governare il sistema delle offerte. Ma quali diritti vogliamo tutelare il SSN? Assumere che nell'assistenza al domicilio i supporti nelle funzioni della vita quotidiana possono essere solo "extra LEA" (ossia con risorse aggiuntive a quelle destinate ai livelli essenziali di assistenza del SSN), assegna il dovere di garantire queste prestazioni solo ai Comuni o alle famiglie. E i Comuni sono più soggetti a incertezze nei finanziamenti, con conseguenze sulla esigibilità di quello che per il cittadino dovrebbe essere invece un diritto garantito. Ma vogliamo un Servizio Sanitario che abbia come compito solo l'erogazione di prestazioni incardinate in specifiche professioni, oppure la tutela della salute come diritto, a prescindere dagli strumenti che deve usare allo scopo? Meglio un diritto alla salute che consista nel ricevere tutto ciò che supporta i bisogni della persona con limitazioni, e non nel fornire solo "prestazioni sanitarie predefinite". E, come si è ricordato al punto 1) è proprio ciò che già il SSN da tempo mette in opera in molte esperienze in psichiatria e in tutti gli inserimenti in RSA di non autosufficienti (sia anziani che disabili).

Attenzione: prevedere spese a carico del SSN non mira ad alimentare un conflitto su "chi deve pagare" tra Aziende Sanitarie e Comuni, per far risparmiare i Comuni a scapito delle Aziende Sanitarie. Sempre di denaro pubblico si tratta, il cui uso efficiente è da perseguire comunque. Ma la responsabilità finanziaria anche delle Aziende Sanitarie è ingrediente necessario per dare concretezza alla loro titolarità primaria nell'assistenza domiciliare ai non autosufficienti, che gestisce appunto esiti di malattia/traumatismi, comunque si attui la modalità di tutela. Ad evitare che (anche data l'assenza di livelli essenziali nazionali sui servizi socio assistenziali), assegnare l'intera assistenza tutelare domiciliare agli Enti gestori dei servizi sociali produca maggiori spese per le famiglie o minori offerte di prestazioni, o privi la tutela al domicilio di garanzie giuridiche robuste perché sottratta alla natura di LEA.

La tesi che qui si sostiene **incontra possibili obiezioni**, e proviamo a esporne 5, ma invitando chi le sostenga a confrontarle con quanto si segnala:

- A) Prima obiezione: non ci sono abbastanza risorse nel SSN, per includervi anche i sostegni domiciliari nella vita quotidiana. E' certo un nodo di tutto rispetto, ma anche senza entrare nelle possibilità di ridurre spese poco efficaci del SSN (che pure è un'area di lavoro alla quale non sfuggire), merita ricordare che:
- vi sono pochi problemi di origine sanitaria così dirompenti (come dimensione e gravità) nella vita di milioni di famiglie, e sui quali il welfare è in così grave ritardo. Come può il SSN eluderli? E' chiaro che ciò implica anche più risorse del SSN da destinare alla tutela della non autosufficienza, ma che razza di LEA riteniamo idonei se non si punta proprio al loro interno a garantire (ed ovunque in Italia) almeno un livello minimo di tutele davvero esigibili su un problema così diffuso?
 - Il ruolo proposto per il SSN come descritto al precedente punto 3) genererebbe un progressivo significativo risparmio interno allo stesso SSN
 - Già ora è in atto una spesa consistente, sia delle famiglie che di diversi rami del settore pubblico (interventi socioassistenziali dei comuni, indennità di accompagnamento, percorsi Home Care Premium dell'INPS, spese IPNS per i congedi lavorativi di chi ha familiari non autosufficienti, ipotesi di contributo ai care giver). C'è dunque il tema di ricomporre filoni sconnessi di risorse ed interventi entro un budget di cura unificato e utilizzabile per ciò che davvero serve al paziente e alla famiglia. Ma questo non deve significare solo "mettere insieme le risorse sociali", rinunciando a una più chiara competenza del SSN dell'assistenza domiciliare ai non autosufficienti.
- B) Seconda obiezione: non è giusto che il SSN spenda per interventi di supporto negli atti della vita quotidiana, perché questa "per natura" è una spesa socioassistenziale. Ma questa obiezione deve misurarsi col fatto che, come evidenziato, vi sono già diversi interventi a carico del SSN di questa natura. Vogliamo che il SSN mantenga questo irrazionale strabismo? Peraltro la titolarità di funzioni in capo a soggetti pubblici (con le conseguenti competenze di spesa) deriva dalle scelte sui modelli di welfare che si perseguono e non da "logiche naturali" o dalla mera denominazione dei servizi coinvolti.
- C) Terza obiezione: il SSN non può occuparsi da solo della tutela negli atti della vita quotidiana. Ma nessuno immagina e chiede una cosa del genere. Anzi è necessario che il sistema delle cure locali sia costruito con più forti obblighi di accordi di programma tra ASL ed Enti gestori dei servizi sociali (cosa oggi decisamente rara), che chiariscano bene i rispettivi ruoli e impegni. Ma prima dell'integrazione sociosanitaria (leit motiv ricorrente su questi temi) è utile introdurre precisazioni sulle competenze (anche finanziarie) del sistema sanitario e di quello sociale. Dopo di che certo occorre dare forma organizzativa a tutta la filiera sociosanitaria per le persone non autosufficienti: da punti di primo accesso capaci di ampia informazione, alla valutazione multidimensionale della non autosufficienza, alla costruzione di un piano di assistenza che offra una gamma di interventi, a snodi che gestiscano la continuità di cure tra ospedale / case di cura / territorio.
- D) Quarta obiezione: il problema va risolto solo definendo i livelli essenziali dei servizi sociali. Che questi LEP debbano essere definiti è evidente, ma non è questa la modalità idonea per esaurire l'intero disegno del sistema. Se infatti i "livelli essenziali del sociale" (auspicabili) ed il Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (esistente) fossero gli unici strumenti per rafforzare l'assistenza ai non autosufficienti, nessuna delle 5 motivazioni prima esposte (in particolare per l'assistenza domiciliare) troverebbe risposta

E) Quinta obiezione: se si usano indistintamente dal “budget di cura” risorse di fonte diversa (SSN, comuni, famiglie) si crea una ingestibile confusione o si obbligano amministrazioni a spendere impropriamente. Ma è esattamente il concetto di appropriatezza, anche sotto il profilo della correttezza contabile, che si vuole perseguire: appropriato non è che “ciascun Ente compri o spenda solo ciò che ha sempre fatto”, ma che “sia utile ciò che si fa”; e “utile” significa anche poter costruire il piano di assistenza anche col vantaggio della flessibilità nell’uso dell’intero budget di cura. Certo uso del budget e piano di interventi vanno gestiti; ma questa è una necessità in qualunque assetto delle competenze.

Merita peraltro ricordare che vi sono attualmente almeno due contenitori giuridici in divenire nei quali sarebbe opportuno rafforzare come LEA l’intervento del SSN sulla non autosufficienza, soprattutto nella tutela al domicilio: il Patto per la Salute, e le possibilità di revisione degli stessi LEA. E che sarebbero utili iniziative delle Regioni sul tema.

Visto che siamo in una stagione di riforme nazionali merita ricordare che l’introduzione di nuovi livelli essenziali non può limitarsi al sociale ma deve anche toccare i LEA sociosanitari, prevedendo al Capo IV (Assistenza sociosanitaria) del DPCM 12/1/2017 che è opportuno uniformare l’impegno del SSN nell’assistenza domiciliare tutelare a quello già previsto dai LEA sociosanitari per gli inserimenti in struttura residenziale. A questo scopo i meccanismi di costruzione del piano di assistenza domiciliare devono per entrambi fondarsi su un budget di cura compartecipato. Ed inoltre essere rafforzati introducendo la seguente modifica: all’articolo 22, al comma 4, le frasi *“le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona. Le suddette prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale”* sono sostituite dalle seguenti frasi: *“le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico, assistenza tutelare professionale alla persona, assistenza tutelare messa in opera da operatori non professionali o dai care giver. Le suddette prestazioni..”*

Ci sono anche altre ragioni per assumere in questo modo il LEP/LEPS:

- Evitare il rischio che “la politica” (pur di intestarsi qualcosa politicamente molto redditizio, come “dare denaro alle famiglie”) accanto a LEPS/LEA che offrono un piano di assistenza coordinato aggiunga altre misure separate, come contributi ad hoc per assumere le badanti o per acquistare assistenza domiciliare da imprese. Proposte che sono già presenti e avanzate da alcune forze politiche.
- Evitare il rischio che la famiglia (come oggi accade) debba attivare da sola una sua peregrinazione sia per “chiedere prestazioni diverse a luoghi diversi” sia per “metterle insieme”.

Ossia il rischio che il Piano di assistenza domiciliare non possa essere ciò che dovrebbe (l’uso coordinato di tutte le risorse e l’individuazione condivisa della risposta più appropriata), ma debba invece essere “qualche ora di OSS”, lasciando alle famiglie l’onere della ricerca nel mercato privato delle altre opportunità parallele e del tutto separate, con i prevedibili nefasti esiti per i più fragili. Insomma anche l’obiettivo di esplicitare molto bene che “i nuovi livelli essenziali non devono essere il solo SAD” è parte dell’esigenza di ricomporre un welfare oggi troppo frantumato.

CRITICITA' E RISCHI SE SI USA IL SOLO VALORE FINALE DELL'ISEE PER DIMENSIONARE LA CONTRIBUZIONE A CARICO DEGLI UTENTI (OPPURE UNA EROGAZIONE IN LORO FAVORE). Maurizio Motta, aprile 2022

1) A che cosa deve servire l'ISEE e che cosa non misura bene

Un test dei mezzi deve servire per valutare la condizione economica di un nucleo familiare allo scopo di definire se e quanto si eroga come intervento, oppure si richiede come contribuzione. Ed il meccanismo più razionale dovrebbe essere il seguente: il nucleo in un certo momento dispone di un reddito utilizzabile, e la prestazione si fonda su questa disponibilità effettiva. Ad esempio:

- una erogazione a sostegno del reddito serve ad innalzare il reddito disponibile ad un minimo da garantire;
- una integrazione della retta di ricovero in RSA viene attivata quando il nucleo non dispone di risorse per pagare l'intera retta;
- una contribuzione a tariffe per un servizio viene calcolata in base a quanto il nucleo può versare in quel momento.

Ma il nodo di fondo è questo: che cosa si identifica come “reddito disponibile” del nucleo quando richiede una prestazione? Ossia quali sono le sue risorse, che deve prioritariamente usare prima di richiedere erogazioni pubbliche o sgravi di contribuzione? Sono possibili due ipotesi:

- A) Una prima è di valutare come “reddito disponibile” l'insieme delle risorse economiche che il nucleo nel momento in cui chiede la prestazione può utilizzare. Ossia “ciò che può davvero spendere” o per garantirsi un livello di vita accettabile e non chiedere contributi pubblici, o per pagare contribuzioni. Queste risorse non possono comprendere solo i redditi cash del nucleo (il denaro disponibile dei suoi componenti), ma devono includere “tutte le risorse che sono monetizzabili”, e quindi vanno valutati anche i patrimoni mobiliari (il denaro “conservato”, in conti correnti e altri contenitori finanziari) ed i patrimoni immobiliari se possono generare denaro.
- B) Una seconda ipotesi è l'uso dell'ISEE, che è un indicatore composito, assimilando il suo valore al “reddito disponibile” del nucleo.

Ma B) è molto diverso da A), perché il **valore dell'ISEE non è il “reddito disponibile del nucleo”** e dunque di seguito sono sintetizzate le criticità che esistono quando l'erogazione o la contribuzione si ricava dal solo valore dell'ISEE.

2) Criticità dell'ISEE

Vi sono criticità e iniquità sia per le amministrazioni sia per gli utenti, e di seguito le si espone **differenziandole in base al fatto che riguardino i redditi, i patrimoni mobiliari o immobiliari, o altri meccanismi**

2.1) Nei redditi

2.1.1) Criticità per il cittadino

- a) I redditi dell'ISEE sono quelli del secondo anno solare precedente la DSU, che necessariamente precedente la richiesta di intervento per la quale si usa l'ISEE. Tuttavia se il nucleo ha perso reddito rispetto ad allora, può farlo rilevare usando l'ISEE corrente. Ma l'ISEE corrente si può fare solo esiste già un altro ISEE in corso di validità, e se rispetto ad esso i redditi del nucleo (ossia l'indicatore della situazione reddituale, l'ISR) sono diminuiti di più del 25% rispetto ad un ISEE ordinario in corso di validità; oppure se

è variata la condizione lavorativa di un componente del nucleo, o quando per un componente si verifichi una interruzione (e dunque non solo una variazione) di prestazioni pubbliche assistenziali/previdenziali/indennitarie. Non si può dunque far rilevare una diminuzione dei redditi se non esiste una di queste condizioni (ad esempio se i redditi sono diminuiti solo del 23%).

Quindi (ad esempio) per un inserimento in RSA, se si usa il solo ISEE, viene valutato come tuttora disponibile il reddito presente 2 anni prima se non è diminuito di almeno un quarto, anche se quel reddito non è più presente. Inoltre i patrimoni (sia mobiliari che immobiliari), anche quando il cittadino può fare un ISEE corrente per la diminuzione dei suoi redditi, sono comunque quelli del secondo anno precedente a meno che anch'essi siano diminuiti di almeno il 20%

- b) Per identificare le risorse che il cittadino/nucleo potrebbe usare sarebbe utile considerare i redditi di cui dispone al netto delle detrazioni fiscali che su di essi operano. Invece l'ISEE è costruito con il "reddito complessivo ai fini IRPEF", che è al lordo delle ritenute fiscali, ossia le include. Perciò un lavoratore dipendente o un pensionato ha dentro il suo ISEE una parte di redditi dei quali non solo non dispone, ma che nemmeno ha mai ricevuto, ossia le detrazioni fiscali operate alla fonte prima di ricevere compensi da lavoro e pensione (tranne i contributi previdenziali). E ciò accade per i redditi di tutti i componenti del nucleo ISEE. Dunque se si usa solo l'ISEE si paga una contribuzione assumendo di fatto che sia disponibile un reddito maggiore di quanto quel nucleo ha mai avuto a disposizione. Quindi la contribuzione alla retta in RSA o l'integrazione della retta a carico dei Comuni viene calcolata (se si usa il solo ISEE), considerando che il cittadino abbia tra i suoi redditi disponibili (misurati con l'ISEE) anche ritenute fiscali che non sono mai state a sua disposizione
- c) Entro l'ISEE interagiscono dati riferiti a momenti molto diversi perché vengono detratti dai redditi del secondo anno solare precedente la DSU: l'affitto dovuto al momento della DSU (e dunque due anni dopo i redditi considerati) e le spese sanitarie dedotte o detratte dall'IRPEF nell'anno precedente la DSU. Pertanto nell'ISEE ci sono redditi che non rappresentano mai risorse complessive che realmente siano state disponibili insieme in un qualunque momento della vita del nucleo. Quindi confidare che l'ISEE rappresenti il "reddito disponibile per pagare contribuzioni" è una ipotesi del tutto infondata. Perciò la contribuzione alla retta in RSA o l'integrazione della retta a carico dei Comuni viene calcolata (se si usa il solo ISEE) in base ad un indicatore (il valore finale dell'ISEE) che è il risultato del tutto fortuito della interazione di diversi importi (il reddito percepito due anni prima, l'affitto pagato oggi, le spese sanitarie dell'anno prima)

2.1.2) Criticità per l'Ente erogatore

- a) Se nel momento in cui un cittadino presenta un ISEE per una prestazione i redditi del suo nucleo sono variati rispetto a quelli che sono valutati nell'ISEE di cui dispone (in corso di validità), l'Ente non può imporgli di aggiornarli. Peraltro l'unico modo per farlo (e ottenere dunque un ISEE "aggiornato") sarebbe di fare un ISEE corrente. Ma fare l'ISEE corrente è solo una scelta discrezionale del cittadino, che la utilizza se i redditi sono diminuiti (e non certo se sono aumentati), peraltro con tutti i limiti descritti al punto a) del paragrafo 2.1.1). Dunque non vi è alcun obbligo del cittadino a dichiarare suoi eventuali miglioramenti dei redditi intervenuti prima che scada l'ISEE, salvo nell'ISEE corrente¹.
- b) Opera la stessa criticità esposta al punto "c" del paragrafo 2.1.1) perché non consente di cogliere tramite il solo ISEE una effettiva disponibilità economica attuale

¹ Dal 1/1/2020 l'ISEE ha validità di 6 mesi, ma con l'obbligo del cittadino di aggiornarlo prima della scadenza se qualcuno del nucleo cambia la situazione occupazionale (ad esempio trova lavoro) o se inizia a ricevere prestazioni assistenziali/previdenziali/indennitarie.

- c) E' problematico che l'affitto che viene tolto dai redditi per l'ISEE sia solo quello "previsto" al momento della DSU, e non quello effettivamente pagato, con il rischio di premiare la morosità.
- d) Entro l'ISEE non ci sono redditi che è invece può essere necessario valutare per alcune prestazioni, come:
- l'indennità di accompagnamento (e analoghi trattamenti monetari per la disabilità/non autosufficienza, anche erogati indipendentemente dalla condizione economica) ove si valuti di considerarli per dimensionare prestazioni come le integrazioni a carico dei Comuni delle rette di ricovero per non autosufficienti, perché nelle strutture l'utente riceve tutta la tutela per la vita quotidiana, inclusa appunto quella alla quale è finalizzata l'indennità.
 - I diversi trattamenti per l'invalidità civile che sono erogati non solo in base ad una condizione di disabilità ma anche in relazione alla condizione economica (ossia sono soggetti ad un test dei mezzi), che può essere opportuno considerare tra i redditi di chi richiede sostegni economici contro la povertà, appunto perché quei trattamenti sono stati erogati anche come sostegno al reddito.
- Non considerare questi trattamenti tra i redditi dei richiedenti produce almeno due distorsioni: implica una prestazione identica per chi già fruisce di questi trattamenti e per chi invece non li riceve, impedisce di evitare sovrapposizioni di interventi analoghi del welfare.
- e) Per fronteggiare la criticità che l'ISEE include trattamenti non più disponibili per il nucleo la normativa sull'ISEE prevede (al comma 5 dell'articolo 4 del dPCM 159/2013 e s.m.i) che quando l'ISEE viene presentato per il rinnovo di una prestazione, l'Ente erogatore debba ricalcolarlo togliendo quanto l'ISEE già contiene di quella stessa prestazione che il nucleo riceveva. Il criterio è corretto, ma si applica solo ad ogni singola prestazione che viene rinnovata, e non opera anche in altri servizi ai quali si chiedono altre prestazioni. Dunque ad esempio i servizi sociali locali devono correggere l'ISEE di un nucleo che chiede il rinnovo di un loro intervento a sostegno del reddito (se era incluso tra i redditi dell'ISEE e ora non è più percepito, visto che si sta chiedendo il suo rinnovo), ma quel sostegno del reddito percepito solo in passato non deve essere tolto dall'ISEE anche da altri servizi. Ad esempio se quell'ISEE viene usato per chiedere riduzioni delle tariffe dei servizi educativi, oppure alloggi di edilizia residenziale pubblica, quei servizi useranno un ISEE che impropriamente potrebbe contenere tra i redditi erogazioni dei servizi sociali da tempo non più in corso.

2.2) Nei patrimoni mobiliari

2.2.1) Criticità per il cittadino

- a) Nell'ISEE i patrimoni mobiliari (i risparmi) sono del secondo anno solare precedente; se da allora il nucleo ha perso patrimoni anche per gravissime ragioni (ad esempio per pagare il funerale di un congiunto, o perché si è dovuta usare una parte dei risparmi bancari per spese inderogabili di assistenza ad un non autosufficiente) l'ISEE non consente di far rilevare questa diminuzione, salvo ricorrano le condizioni per fare un ISEE corrente a causa di riduzione dei patrimoni, che tuttavia:
- Si può fare solo in presenza di specifici requisiti (ad esempio se i patrimoni sono diminuiti di almeno il 20%).
 - Non si può fare un ISEE corrente causa diminuzione dei patrimoni chiedendolo nei primi 3 mesi dell'anno
 - Implica che i patrimoni siano quelli dell'anno solare precedente, e non quelli disponibili al momento della creazione dell'ISEE corrente (momento nel quale anche quei risparmi potrebbero non esistere più)

Perciò per il pagamento della retta in RSA (o per calcolare l'integrazione a carico dei Comuni), se si usa il solo ISEE il cittadino si vedrà computati come risparmi tuttora esistenti ed a sua disposizione quelli che possedeva al 31/12 del secondo anno precedente, anche se non esistono più. Oppure (se può fare un ISEE corrente in quanto quei risparmi sono diminuiti di almeno il 20%) quelli che possedeva al 31/12 dell'anno precedente, anche se non esistono più quando chiede l'intervento

- b) Nell'ISEE non sono incluse tra i redditi l'indennità di accompagnamento o gli altri trattamenti economici per disabilità (come le pensioni di invalidità civile). Ma queste entrate transitano nel conto corrente, e dunque, anche se non sono tra i redditi ISEE, i loro importi sono catturati nell'ISEE entro i patrimoni mobiliari. Con l'effetto ad esempio di dover pagare una contribuzione nel 2022 perché nel 2020 erano arrivati arretrati, anche se poi si sono dovuti consumare tutti per spese inderogabili (incluse quelle per assistenza a non autosufficienti)

2.2.2) Criticità per l'Ente erogatore

- a) Se quando usa l'ISEE per una richiesta di prestazione il nucleo ha accresciuto i propri patrimoni mobiliari rispetto a quelli inclusi nell'ISEE (che sono del secondo anno precedente la DSU) questo aumento non viene mai catturato nell'ISEE, né gli Enti erogatori possono imporre di modificare l'ISEE. Solo il cittadino ha facoltà di fare un ISEE corrente se vuol far rilevare una diminuzione dei patrimoni mobiliari
- b) Per qualunque suo utilizzo l'ISEE prevede le stesse franchigie sui patrimoni mobiliari, ossia non vengono considerati 6.000 euro più 2.000 per ogni componente oltre al primo, sino a un massimo di 10.000 euro incrementato di 1.000 per ogni figlio oltre il secondo. Il che significa che anche per prestazioni che consistono in erogazioni di sostegno al reddito contro la povertà (nazionali e locali), bisogna erogare a una famiglia di 4 persone (ad esempio i genitori e due minori) anche se ha risparmi disponibili in banca di 10.000 euro. Ma è paradossale che non possa essere invece adottato un criterio in base al quale questa famiglia prima di fruire di prestazioni pubbliche (anche a sostegno del reddito) consuma parte di questi suoi risparmi, sino a una loro franchigia più bassa.

2.3) Nei patrimoni immobiliari

2.3.1) Criticità per il cittadino

- a) Nell'ISEE i patrimoni immobiliari sono del secondo anno solare precedente; se da allora il nucleo ha perso patrimoni, l'ISEE non consente di far rilevare questa diminuzione, salvo ricorrano le condizioni per fare un ISEE corrente, che tuttavia:
- Si può fare solo in presenza di specifici requisiti (ad esempio se i patrimoni sono diminuiti di almeno il 20%)
 - Non si può fare un ISEE corrente causa diminuzione dei patrimoni chiedendolo nei primi 3 mesi dell'anno
 - Implica che i patrimoni siano comunque quelli del 31 dicembre dell'anno solare precedente, e non quelli disponibili al momento della creazione dell'ISEE corrente (momento nel quale anche quei patrimoni potrebbero non esistere più)

Perciò per il pagamento della retta in RSA (o per calcolare l'integrazione a carico dei Comuni), se si usa il solo ISEE il cittadino si vedrà computati come tuttora esistenti e a sua disposizione patrimoni immobiliari (fabbricati o terreni) che possedeva al 31/12 del secondo anno precedente, anche se non sono più suoi. Oppure (se può fare un ISEE corrente in quanto quei risparmi sono diminuiti di almeno il 20%) quelli che possedeva al 31/12 dell'anno precedente, anche se non ne dispone più quando chiede l'intervento

- b) Per valutare le risorse che il nucleo potrebbe usare sarebbe utile considerare i patrimoni immobiliari (terreni e fabbricati) che sono “trasformabili in denaro”, ossia se ne possono ricavare risorse spendibili. Invece:
- l’ISEE considera anche patrimoni immobiliari dai quali il nucleo non può “ricavare denaro”. Ad esempio immobili pignorati, e fabbricati inagibili e inabitabili. La normativa IMU prevede una riduzione della base imponibile per i fabbricati dichiarati inagibili o inabitabili, e i comuni possono disciplinare le caratteristiche di fatiscenza del fabbricato. Ma, seppur con riduzione, su tali fabbricati opera l’IMU, e perciò ai fini ISEE sono in ogni caso considerati, col valore IMU loro attribuito, anche fabbricati dai quali il nucleo non può ricavare redditi.
 - Nell’ISEE il valore IMU di alloggi fruiti in usufrutto è identico a quello di identici alloggi in proprietà. Ma l’usufrutto dell’alloggio difficilmente può consentire di ricavarne risorse monetarie, ossia denaro spendibile, e peraltro sarebbe utile tener conto che l’usufrutto è spesso l’esito della vendita da parte di anziani della nuda proprietà dell’alloggio nel quale restano a vivere.
- c) Vi possono essere nuclei con un ISEE non basso solo a causa di patrimoni immobiliari non monetizzabili. Ad esempio anziani che avevano acquistato la casa in cui vivono con i sacrifici di una vita di lavoro, ma adesso non hanno redditi mensili adeguati. Oppure nuclei con bassi redditi che sono proprietari di terreni invendibili, o comproprietari di seconde case fatiscanti o con altri proprietari che non vogliono vendere. Ossia situazioni nelle quali l’ISEE è elevato solo a causa di immobili non vendibili, e il nucleo non ha denaro utilizzabile. E’ un nodo molto frequente e molto delicato.
- Ne deriva che un non autosufficiente che viene inserito in RSA, se si calcola la contribuzione alla retta usando il solo ISEE può non poter ricevere alcuna integrazione retta a carico dei Comuni per il solo fatto che ha diritti reali (per un valore IMU che supera le franchigie dell’ISEE) su un’abitazione acquistata con i risparmi di una vita (anche se adesso non ha redditi), oppure su un terreno invendibile, o su una abitazione in comproprietà con chi non intende venderla.
- d) Quando si costruisce un ISEE sociosanitario per l’inserimento in strutture residenziali, le donazioni di patrimoni immobiliari fatte dal richiedente la prestazione a chiunque dopo la richiesta di prestazione, o nei 3 anni prima se a parenti tenuti agli alimenti, sono contate di default nel suo patrimonio come beni tuttora esistenti. L’obiettivo è (verosimilmente) scoraggiare donazioni di immobili da parte di persone che diventano anziane o fragili, ma:
- il criterio penalizza (e non poco) solo la persona più fragile, il donante, e non chi riceve i beni donati;
 - non si comprende come possa operare una deterrenza ex ante a donazioni improprie: ad esempio l’anziano dovrebbe sapere 3 anni prima di diventare non autosufficiente che se dona immobili ai figli, poi (dopo 3 anni) non potrà ricevere integrazioni alla sua retta di ricovero.

Dunque per il pagamento della retta in RSA (o per calcolare l’integrazione a carico dei Comuni), se si usa il solo ISEE il cittadino che chiede l’inserimento in RSA perché è diventato non autosufficiente può essere escluso dall’intervento per il solo fatto di aver donato al figlio un bene immobiliare 3 anni prima di diventare non autosufficiente, quando il valore di quel bene innalza l’ISEE sopra le soglie che si adottano

2.3.2) Criticità per l’Ente erogatore

- a) Se quando usa l’ISEE per una richiesta di prestazione il nucleo ha accresciuto i propri patrimoni immobiliari rispetto a quelli inclusi nell’ISEE (che sono del secondo anno precedente la DSU) questo aumento non viene mai catturato nell’ISEE, né gli Enti

erogatori possono imporre di modificare l'ISEE. Solo il cittadino ha facoltà di fare un ISEE corrente se vuol far rilevare una diminuzione dei patrimoni immobiliari

- b) Le criticità sopra esposte ai punti "b" e "c" del paragrafo 2.3.1) sono problematiche anche per l'Ente erogatore, perché tramite il solo ISEE rischia di valutare disponibilità economiche in modo distorto

2.4) Altri possibili criticità

2.4.1) Criticità per il cittadino

- a) Tutte le criticità sopra richiamate agiscono anche se si usa il solo valore dell'ISEE non per definire contribuzioni, ma per poter accedere (o meno) ad un intervento; come accade ad esempio quando l'ISEE si usa entro le valutazioni nelle Unità Valutative Multidimensionali (UVG / UVMD) per poter accedere a RSA o ad assistenza domiciliare (se la condizione economica è una delle variabili che determina il punteggio nella "scala sociale" che concorre al punteggio definitivo). Dunque se in quelle valutazioni si usa il solo ISEE si rischia che un non autosufficiente o disabile non possa ottenere la prestazione solo perché 2 anni prima aveva risparmi (o patrimoni immobiliari) che adesso non ha più, e per la variazione dei quali non può presentare un ISEE corrente
- b) Per le prestazioni di assistenza residenziale sociosanitaria (e quindi ad esempio le contribuzioni alle rette in RSA) l'ISEE prevede di aggiungere all'ISEE dell'assistito una componente aggiuntiva per ciascun figlio non convivente calcolata sulla base della situazione economica dei figli medesimi. Ma questa disposizione non determina di per sé l'obbligo di compartecipazione alla spesa da parte dei figli non conviventi ed ha quindi il grave limite di attivare oneri solo per il più debole, ossia il ricoverato; non solo è lui che deve far fare un ISEE ai figli non conviventi, ma ne ricava non un loro contributo, bensì soltanto una contribuzione maggiore da pagare a suo carico, spettando poi solo a lui di riuscire ad ottenere dai figli un loro sostegno economico.
- Quindi per il pagamento della retta in RSA (o per calcolare l'integrazione a carico dei Comuni), se si usa il solo ISEE il richiedente o ricoverato può essere escluso dall'intervento per il solo fatto che il suo ISEE aumenta perché esistono figli non conviventi, e ai quali non si può applicare uno dei motivi che la normativa ISEE prevede per non considerarli, come la "estraneità affettiva ed economica"
- c) L'ISEE prevede che un ricoverato in strutture residenziali, anche se ha acquisito la residenza anagrafica in quella struttura, quando è coniugato (anche se il coniuge vive in un'altra residenza anagrafica / abitazione) costituisca sempre un nucleo ISEE che include il coniuge (salvo sia separato/divorziato, o con diversa residenza in base a provvedimenti della magistratura, o ad abbandono accertato dai servizi sociali). Dunque per il pagamento della retta in RSA se si usa il solo ISEE il richiedente o ricoverato presenta un ISEE che obbligatoriamente include redditi e patrimoni anche del coniuge, dovunque viva tale coniuge, il che può far crescere l'ISEE del ricoverato sino a escluderlo dalle integrazioni rette a carico dei Comuni. Anche se il cittadino può costruire il suo ISEE con un "nucleo ristretto", il coniuge fa sempre parte di tale nucleo.
- d) Qualora la persona inserita in RSA non paghi nessuna contribuzione, perché l'intero costo della retta è a carico pubblico (ad esempio perché i Comuni erogano una integrazione retta che paga l'intera quota sociale) l'INPS non eroga più al non autosufficiente la sua indennità di accompagnamento, perché questa prestazione ha lo scopo di garantire la stessa tutela negli atti della vita quotidiana che il ricoverato riceve in struttura. Può dunque realizzarsi questo paradosso: se si usa il solo ISEE per definire contribuzione/integrazione retta l'indennità di accompagnamento non è considerata tra i redditi valutati (entro l'ISEE). Ma se l'esito è un ricovero a totale carico pubblico (di ASL e/o Comune), al ricoverato l'INPS toglie l'indennità di accompagnamento. E questo meccanismo può spesso essere molto più svantaggioso per i redditi del cittadino: l'INPS

toglie tutta l'indennità, mentre se fosse calcolata tra i redditi che il cittadino ha disponibili (non usando il solo ISEE) per contribuire alla retta, potrebbe essere sufficiente una contribuzione che non intacca tutta l'indennità

- e) L'attuale scala di equivalenza ISEE che tiene conto del numero dei componenti familiari si basa su stime effettuate con riferimento a dati di oltre 25 anni fa (riprendendo addirittura i risultati delle stime a suo tempo effettuate da Giuseppe Carbonaro nel 1985 nell'ambito del Rapporto sulla povertà). In questi ultimi decenni sono cambiati i redditi e le abitudini di spesa delle famiglie italiane e pertanto l'attuale scala di equivalenza può non essere più rappresentativa dei valori e delle economie di scala realizzabili all'interno della famiglia.

2.4.2) Criticità per l'Ente erogatore

- a) rischi di indeterminazione ed incertezza nel dover attestare l'estraneità affettiva ed economica e/o l'abbandono del coniuge, in assenza di criteri generali più precisi
- b) Le criticità di cui ai punti a) e d) del paragrafo 2.4.1) produce distorsioni di equità anche per gli Enti erogatori

2.5) Specifiche sull'ISEE corrente

Si può presentare un ISEE corrente anche quando sia diminuita la disponibilità non dei redditi ma dei patrimoni (mobiliari e/o immobiliari) usando, anziché il valore dei patrimoni del secondo anno precedente la DSU, quello nell'anno precedente. Ma con due limiti:

- Lo si può fare solo dal 1 aprile di ciascun anno, e dunque il cittadino che deve fare un ISEE corrente nei primi 3 mesi dell'anno non può farlo se non immettendo il valore dei patrimoni meno aggiornato, cioè quello del secondo anno precedente. Non è agevole trovare ragioni davvero sostanziali per questi 3 mesi di impedimento.
- Lo si può fare solo se il valore dei patrimoni è diminuito di almeno il 20% rispetto a quello del secondo anno solare precedente la DSU. Dunque se un cittadino presenta un ISEE corrente per far rilevare che i suoi redditi nel momento della DSU sono diminuiti rispetto a quelli di due anni prima, non può dichiarare nell'ISEE corrente anche un valore più aggiornato dei suoi patrimoni, se questi non sono diminuiti di almeno il 20%.

La modifica dell'ISEE corrente con decreto del 2021 riporta all'anno precedente la DSU (anziché al secondo anno precedente) solo i patrimoni entro gli ISEE correnti, e non quelli per tutti gli altri tipi di ISEE (come invece era nel nuovo ISEE attivato dal 2013). Dunque se il cittadino non vuole o non può fare un ISEE corrente deve obbligatoriamente dichiarare sia redditi che patrimoni del secondo anno precedente la DSU, col rischio che queste disponibilità non siano più reali al momento della DSU e dell'uso dell'ISEE.

Nel 2020 era stata introdotta una nuova durata dell'ISEE corrente di 6 mesi, con l'obbligo del cittadino di aggiornarlo entro due mesi per eventuali variazioni nella situazione occupazionale di componenti del nucleo, o nella loro fruizione di trattamenti assistenziali.

Ora il decreto del 2021 introduce questa differenziazione:

- se l'ISEE corrente viene fatto aggiornando solo i redditi, resta la sua durata già prevista di 6 mesi;
- se invece viene fatto aggiornando solo i patrimoni, oppure sia i redditi che i patrimoni, allora l'ISEE corrente vale soltanto sino al 31 dicembre dell'anno di presentazione della DSU.

Sempre fermo restando l'obbligo di aggiornamento sopra richiamato se l'ISEE corrente viene fatto perché sono variati solo o anche i redditi.

Ne derivano due conseguenze:

- da un lato che gli ISEE correnti avranno durate differenti in base alla loro ragion d'essere. E' vero che la scadenza di ogni ISEE è stampata in calce alla attestazione che riceve il

cittadino, ma queste differenze possono aumentare rischi di confusione, sia per i cittadini sia per i diversi operatori che usano gli ISEE.

- Inoltre chi fa un ISEE corrente per far rilevare in modo più aggiornato i patrimoni, sarà obbligato a rifarlo sempre anche a gennaio. E se fa un ISEE corrente a novembre/dicembre (perché è in quel momento che deve richiedere una prestazione) avrà un ISEE che vale solo per poche settimane.

3) I rischi della valutazione della condizione economica col solo ISEE

Dunque da un lato l'ISEE intende fungere da indicatore sintetico che descrive la condizione economica, ma dall'altro se si costruiscono le prestazioni (erogazioni o riduzioni di contribuzione) valutando la condizione economica del nucleo utilizzando solo l'ISEE (ossia di fatto assimilando l'ISEE al "denaro di cui il nucleo può disporre") si rischiano rilevanti distorsioni. In particolare si rischiano valutazioni con:

- a) falsi positivi (nuclei che sembrano poveri e invece non lo sono); ad esempio:
 - per chi ha aumentato il proprio reddito dopo il periodo dei redditi inclusi nell'ISEE, perché questi nuovi redditi non sono inclusi nell'ISEE.
 - Per chi ha aumentato i propri patrimoni mobiliari o immobiliari dopo il momento che valuta questi beni entro l'ISEE, ad esempio in conseguenza di una eredità, di una donazione, del TFR, di una riscossione di arretrati, o di una vincita.
- b) falsi negativi (nuclei che non sembrano poveri e invece lo sono); ad esempio:
 - per chi ha perso redditi dopo il periodo dei redditi inclusi nell'ISEE. Chi ha perso redditi può presentare un "ISEE corrente", ma solo se ha perso lavoro o trattamenti assistenziali, e se l'indicatore reddituale dell'ISEE è diminuito di almeno il 25%. Dunque non può presentare un ISEE corrente (e perciò non può far in modo che l'ISEE catturi questa diminuzione del reddito) chi ha perso redditi fuori da questi criteri.
 - Per chi ha dovuto erodere il proprio patrimonio mobiliare e/o immobiliare dopo il secondo anno solare precedente la DSU, e non può farlo rilevare con un ISEE corrente.

Nei casi di "falsi positivi" l'esito della distorsione valutativa è una spesa impropria per le risorse pubbliche (se si eroga anche a chi povero non è); nei "falsi negativi" l'effetto è che viene negata (o ridotta) una prestazione a chi è povero ma non viene valutato come tale; con evidenti effetti di iniquità distributiva nelle prestazioni.

I meccanismi possibili di utilizzo dell'ISEE (e i modi di calcolo) sono molti, e molte sono le applicazioni adottate nei regolamenti di Enti erogatori. Merita tuttavia segnalare che le distorsioni prima esposte, e il rischio di falsi negativi o positivi, sono presenti entro tutte le modalità di calcolo nelle quali l'erogato o la contribuzione deriva dall'uso del solo ISEE (o di sue componenti come l'ISR), indipendentemente dal fatto chi si usino fasce di ISEE o algoritmi. Sono infatti limiti intrinseci al valore dell'ISEE ed i rischi di falsi positivi e negativi si presentano ogni volta che si valuta la condizione economica per qualunque prestazione sociale: dalle riduzioni tariffarie nei servizi scolastici, alle contribuzioni degli utenti per l'inserimento in strutture diurne e residenziali, alle contribuzioni per l'assistenza domiciliare, agli accessi all'edilizia residenziale pubblica, e così via. Peraltro, ed è un aspetto molto importante, nei servizi è quasi impossibile rendersi conto di quanti falsi positivi e falsi negativi si catturano, perché non li si può individuare dal solo valore dell'ISEE.

Come ridurre/correggere le criticità, e i relativi vincoli giuridici? Diverse possibili linee di azione:

- a) Una riforma della normativa nazionale sull'ISEE- Se siete interessati a un materiale che oltre ad esporre le criticità sopra descritte poi prova a fare sistematiche proposte di riforma dell'ISEE, segnalo questo: M. Motta e F. Pesaresi “Per una riforma dell'ISEE”, pubblicato a giugno 2021 in <https://welforum.it/che-cosa-non-va-nellisee-e-cosa-migliorare>
- b) Introduzione di normativa regionale correttiva
- c) Adozione di un “modo di calcolo” (per definire contribuzioni ed erogazioni) che attenui le criticità, meglio se partendo dall'ISEE ma considerando poi anche altre variabili. Sono molte le modalità di calcolo possibili, e utilizzate da diversi Enti erogatori

Certo il punto di partenza è questo: quelle qui sopra esposte sono da individuare come criticità? E quali vorreste correggere? Oppure non sono valutate come rilevanti?